
Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498491

Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NELSON BARBOSA SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498491

Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), NELSON BARBOSA SOBRINHO

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498491

Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NELSON BARBOSA SOBRINHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: NELSON BARBOSA SOBRINHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 000007266-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 10450484459 4 - Nome completo da vítima: Nelson Barbosa Sobrinho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Nelson Barbosa Sobrinho 6 - CPF: 10450484459

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Severino Paiva Araujo 9 - Número: 165 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58064-560

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 486634900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1456 CONTA: 07266 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Felo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vencido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição; estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 26/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Felo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vencido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição; estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

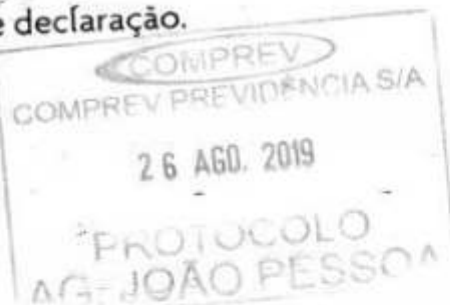
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
RUA DIÁGENES CHIANCA, 1777 - ÁGUA FRIA - CEP: 58053-900 - JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 905/029, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2419085, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **NELSON BARBOSA SOBRINHO** idade 26 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 19/04/2019, na PB-008 - Conde - aproximadamente às 03:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 20 de Maio de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto

Enfermeiro

CREMS nº 1011

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON BARBOSA SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000007266-9

Nr. da Autenticação 959E85063190E21D

26 AUG 1977
F. J. JOÃO PES

CILENI DOMINGOS DA SILVA
 RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1871 SALA 02 - MANGABEIRA
 JOAO PESSOA / PB CEP 58058-394 (AB. S)



Local: MONOFÁSICO

Cat/Ser: COM/MTG 63/ COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Referência: 12-5-292-430

Metro: 00086071624

Referência: Ago/2019

Emissão: 20/08/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 220, Km. 25 - Criação de Água Fria - Jd. Pombal - PB CEP 58071-900

Insc. Est. 15.915.023/9

Cod. para Dto. Automático: 0083710694

Nota Fiscal Central de Energia Elétrica 01/02/2014 10K

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da próxima leitura

CPE/CNPJ/RANI

Ago / 2019

20/08/2019

19/09/2019

262.242.244-04

UC (Unidade Consumidora):

5/1371069-4

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
 www.gov.br/vacinasbrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/07/18	5187	20/08/19	5317		150	32

Demonstrativo							
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cód	Atiq. (R\$/kWh)	Valor Cód	Porção
Tributos Totais (R\$)				ICMS (R\$)	ICMS	PerCód (R\$)	(1,0845% IN-H. 999999)
0801	Consumo em kWh	150,000	0,000010	1,24,44	1,24,44	25	31,11
0801	Adic. B. Alameda			1,21	1,21	25	0,30
0801	Adic. B. Vermeira			5,45	5,45	25	1,36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 06/2018			0,34	0,34	0	0,00
0805	MULTA 06/2018			0,00	0,00	0	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018			0,12	0,12	0	0,00

CD: Código de Classificação do Item TOTAL 129,62 129,10 32,77 131,10 1,42 0,54
 Taxa de Tributos 0,571770

Media últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

30

27/08/2019

R\$ 138,62

Histórico de Consumo (kWh)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150
 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19

RESERVADO AO FISCO

bd78.562d cc0a.0025.1edc.4ecc.272f.f955.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	5,07	0,00	
DIG TRIMESTRAL	10,19		
DIG ANUAL	20,30		
FIC MENSAL	3,23	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,47		
FIC ANUAL	12,95		
DMC	2,50	0,00	
DICI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Energia de Out. de Energia	22,92	71,27
Consumo Energia	48,88	15,11
Serviço de Transmissão	4,00	3,33
Encargos Setoriais	1,09	0,81
Impostos, Gastos e Encargos	42,25	34,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	129,62	100,00

Valor de DUC (Ref. 8/2019) 0,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00229.271176 9 79940000013862

PAGADOR: CILENI DOMINGOS DA SILVA - CPF/CNPJ: 262.242.244-04

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1871 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP 58058-394

Nº do Ar

Br. Taxa Imposto

Endereço do Cliente



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIO/SCAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=12.CODIGO=39636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Nelson Barbosa Sabrinha inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.504.844/59
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Nelson Barbosa Sabrinha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.504.844/59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 9186634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 26/08/2019

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Barbosa Sobrinho,
RG nº 3692073, data de expedição 06/02/2019
Órgão SSDS-PA, portador do CPF nº 097.123.494-97 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Olívia Kotton de Carvalho, nº 26,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Nelson Barbosa Sobrinho cujo o condutor era
Nelson Barbosa Sobrinho

Veículo: moto
Modelo: HONDA/NXR 160 BROS
Ano: 2010
Placa: PA B 2017
Chassi: 9C2K20530AR012565
Data do Acidente: 34-04-19
Local e Data: João Pessoa, 13-08-19

Antonio Barbosa Sobrinho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Rua José de Albuquerque, 511 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 55011-000
Reconheço Por Autenticidade a firma de ANTONIO BARBOSA
SOBRINHO, [861977], J. Pessoa-PB, 13/08/2019 11:08:59 Emol
R\$9,91 Farpens:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test de
verdade. Tabela CELEIDA COMO PEREIRA SILVA.
Digital AIY99218-YFTS Consulte em
<https://selodigital.tiob.us.br>



CERTIDÃO


Nº. 1181/2019

Atendendo solicitação de **NELSON BARBOSA SOBRINHO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº222978 e Prontuário Nº 2017.08.0148 pertencentes ao paciente **NELSON BARBOSA SOBRINHO** requerente que foi atendido dia 19/04/2019 às 20h34min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide + fratura do estilóide direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/05/2019. Com alta médica dia 11/05/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de julho de 2019


Médica
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 222978 Atd: Nao Regulac
Data: 19/04/2019
Hora: 20:34:29
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: NELSON BARBOSA SOBRINHO

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.08.000148

CNS: 708503367372078 Sexo: M IDENTIDADE: 3737971 Fone: 987673087

Natural: PRINCESA ISABEL/PB Data Nasc.: 17/12/1992 Id: 26 ano(s)

End.: RUA SEVERINA PAIVA DE ARAUJO, 174 CPF-104504844-59

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA CARVALHO DE ARAUJO

Pai: GERALDO BARBOSA DE ARAUJO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

Re: IRMAO/ ANGELO MARCIO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO HJ AS 03:30/NA ESTRADA DO CONDE /CON

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacão de Risco: VERMELHO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

C: Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

FR: RA DO ESCAFOIDE EM PUNHO D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Examinado HEETSHL V fr. escifoide e lac. grau
JA.*

Diagnostico

| Conduta - JH

Prescricao

| Horario da medicacao

Dr. [Assinatura]
Gomes de Figueiredo
Clínica Traumatologia
11.08.2019



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Nelson Barbosa Sobrinho Data da Admissão: 19/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: fx escarificada @
fx enfiteimática ulcra @
lnc grau II

Medicações em uso: Ø

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO		CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1548902118</p> </div> <div>  </div> <div> <p>NOME: GERALDO BARBOSA DE ARAÚJO</p> <p>CPF: 03277733</p> <p>TP: 104.504.848-59</p> <p>DATA NASCIMENTO: 17/12/1992</p> <p>FILIAÇÃO: GERALDO BARBOSA DE ARAÚJO, MARIA DE FATIMA CARVALHO DE ARAÚJO</p> <p>PERMANENTE: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO: <input type="checkbox"/> OUTRO: <input type="checkbox"/></p> <p>VALIDADE: 33/08/2015</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>1548902118</p> </div> <div> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p>JOÃO PESSOA, LT</p> <p>DATA EMISSÃO: 20/11/2017</p> <p>53689390853</p> <p>19035754001</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>PARAÍBA</p> </div> <div> <p>PARAÍBA</p> </div> </div>							

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 AGO. 2019
PROTOCOLO
DO JOÃO PESSOA

VALOR EM LITROS 1009001575	NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. EMITIDA EM - CDT. HABILITACAO 1004342 000 00	
	CNH 415.538 474-91 02/04/1947	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
VALOR EM LITROS 1009001575	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
VALOR EM LITROS 1009001575	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	
	NOME DO DETENTOR JOSETA GERVASIO DA SILVA	

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 26 AGO, 2019
 FOLIO 01
 AG. JOAO BELO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498491 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO
FRATURA DA ESTILOÍDE DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.3) - OSTEOSSÍNTESE
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498491 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON BARBOSA SOBRINHO **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO
FRATURA DA ESTILOÍDE DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.3) - OSTEOSSÍNTESE
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50